

<p>Teilnahmeerklärung Hausarzt zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Hessen (HZV-Vertrag)</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden; bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom anstellenden Arzt unterschrieben werden) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">     </div> <p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 558 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> <p>Alternativ können Sie Ihre Teilnahme auch online unter folgendem Link https://hausarztservice-online.de/vertraege/hessen/ beantragen.</p>
---	---

I. Persönliche Daten (* Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr <input type="checkbox"/>		
Titel <input type="text"/>		
Vorname* <input type="text"/>		Nachname* <input type="text"/>
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/>	LANR* <input type="text"/>	HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben, insbesondere zur Praxisanschrift, Betriebsstätte, den vorliegenden Qualifikationen und der Kontoverbindung (siehe Punkte II. bis V.) sollen auch für die Teilnahme an diesem HZV-Vertrag verwendet werden. (Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben vorliegen!)		

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR <input type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>	
Mobil <input type="text"/>	

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

Vertragssoftware bereits vorhanden (Teilnahmevoraussetzung vom 01.04.2013 an, vgl. § 3 Abs. 2d), (bitte auf beigefügtem Formblatt angeben)
 Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
 Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, COPD, [Asthma]) (gemäß § 3 Abs. 3f) Teilnahmevoraussetzung ab 01.10.2013) (Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma)

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:

Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	

Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH, Anhang 4 zu Anlage 3) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)

* Mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.

